

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 16 juillet 1904, à 1 heure.

PAR

Emile CACAULT

Né à Saint-Pierre du Chemin (Vendée)

SUR

Une Variété d'Albuminurie Gravidique

LES ALBUMINURIES MASSIVES

(ÉTUDE CLINIQUE)

Président : M. BUDIN, professeur

*Juges : { MM. GUYON, professeur
MARION, DEMELIN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
	}	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements.....	}	GUYON.
Clinique gynécologique.....		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (AUG.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFTEL (chef	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD

Médecin accoucheur à l'hôpital Tenon.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Les Albuminuries Massives

ÉTUDE CLINIQUE

INTRODUCTION

Depuis l'année 1818, époque à laquelle Blackall signala la présence de l'albumine dans les urines des femmes enceintes, après les magistrales leçons de Rayet, de Blot et de Tarnier, beaucoup d'auteurs se sont occupés de l'albuminurie gravidique, mais aucun n'a signalé, ni dans son mémoire, ni dans ses observations, l'énorme quantité d'albumine que l'on rencontre parfois dans l'urine de certaines femmes, dès les premiers mois de leur grossesse.

Pendant notre année de stage à la Maternité de l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Boissard, nous avons eu l'occasion d'observer trois femmes, enceintes de six mois et demi environ, arrivées à la Maternité en période d'éclampsie et dont les urines présentaient 20 grammes d'albumine par litre au réactif d'Esbach. L'étude clinique de ces cas peu fréquents n'ayant pas encore été présentée, notre mai-

tre, M. le D^r Boissard, nous a donné l'idée d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Dans ce travail purement clinique, en fouillant scrupuleusement les observations trop peu nombreuses pour établir une statistique, nous avons voulu chercher les causes de ces grandes albuminuries, le retentissement qu'elles ont sur la mère et sur l'enfant, et essayer de démontrer, qu'en dehors des albuminuries qu'on peut appeler gravidiques, certaines femmes sont frappées au cours de leur grossesse d'albuminurie qui, par la précocité et par l'intensité, doit être considérée comme un état pathologique surajouté. Ces *albuminuries massives* seront donc envisagées plutôt comme un accident intercurrent que comme une manifestation morbide relevant de la grossesse elle-même.

Nous avons fait ce travail sous la direction de M. le D^r Boissard, et nous prions notre excellent maître de recevoir ici le témoignage de notre plus vive gratitude.

M. le professeur Budin nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il reçoive l'hommage de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE I

Considérations générales.

La clinique nous apprend, d'une façon indéniable, que toutes les maladies infectieuses amènent dans l'organisme des perturbations temporaires ou définitives, et que chaque organe est plus ou moins touché suivant l'importance de sa fonction. Or le rein jouit de la propriété d'éliminer la plus grande partie des déchets organiques et si à l'état normal, son fonctionnement est suffisant, il est bien évident qu'une surcharge de travail, produite par une maladie intercurrente, amènera chez lui des troubles qui se traduiront par le passage de l'albumine dans l'urine. Sans chercher à décrire les lésions du glomérule et de l'épithélium des cellules des tubuli contorti, ce qui nous entrainerait hors de notre sujet, nous allons montrer l'affinité des diverses affections pour le rein, car l'apparition de l'albuminurie et des lésions rénales au cours des infections aiguës est si fréquente, que l'on a pu dire que « *l'infection est au rein ce que le*

rhumatisme articulaire aigu est à l'endocarde » (Landouzy), c'est-à-dire, la cause pathogène par excellence.

Parmi les infections aiguës, la fièvre typhoïde est celle dont le retentissement sur le rein est le plus fréquent, presque constant, d'après A. Robin.

L'urine des typhiques contient, en effet, dans l'immense majorité des cas, de l'albumine et des cylindres granuleux et hyalins ; or, que deviennent ces lésions après la guérison de la dothiéntérie ? Généralement elles persistent, et c'est l'avis de Bamberger, Guéneau de Mussy, Lécorché et Talamon, mais d'une façon atténuée. Sans passer à la chronicité proprement dite, la néphrite typhoïdique, comme celle qui succède à la scarlatine peut sembler guérir alors que sa guérison réelle n'est qu'apparente, qu'elle laisse le rein en état de moindre résistance. Suivant l'expression de Dieulafoy : *« c'est le feu qui couve sous la cendre »* ; vienne un refroidissement, un surmenage, une infection aiguë nouvelle et le feu va se rallumer, une nouvelle poussée de néphrite va évoluer.

Ces lésions persistantes du rein, qui sont bien démontrées pour la fièvre typhoïde et la scarlatine (Thèse de Delbreil, Lille 1894), paraissent moins probables pour la grippe, la diphtérie, la rougeole, malgré les observations de néphrites que rapportent plusieurs auteurs au cours de ces diverses maladies ; aussi devons-nous laisser une large part au terrain sur lequel évoluent ces affections et croire à la pré-

disposition du sujet. Lécorché et Talamon dans leur « *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright* », disent en effet, page 430 : « Nous reconnaissons volontiers qu'il ne s'agit là que d'exceptions, et qu'en réalité, le groupe des maladies parasitaires aiguës, en dehors de la scarlatine, ne fournit qu'un nombre restreint de néphrites brightiques chroniques. Ces maladies paraissent agir plutôt sur le rein suivant un processus aigu, transitoire et rapidement curatif ». Et cependant, dans chacune des observations que nous publions, nous retrouvons parmi les antécédents des parturientes, l'une des maladies infectieuses qui fait du rein un lieu de moindre résistance, un organe qui sera débordé dans son fonctionnement lors d'une surcharge de travail, ce travail surajouté étant réalisé par la grossesse.

En effet, comme le dit Dumas (Thèse d'agrégation, 1880) : « la grossesse est une fonction physiologique, d'un caractère essentiellement transitoire, mais qui nécessite des modifications spéciales de l'organisme en rapport avec son accomplissement régulier. Ce sont ces modifications qui, survenant dans un organisme indemne, n'auront aucune conséquence, mais pourront devenir dangereuses si la femme a eu dans sa jeunesse une maladie qui a pu apporter une lésion, aussi petite soit-elle au rein qui, pendant toute la durée de la grossesse, va être l'organe le plus surmené de l'économie ».

Il est une variété d'albuminurie qui ne relève en aucune façon des lésions rénales, c'est l'albuminurie

qui accompagne le travail de l'accouchement. Sa fréquence est assez grande, puisque les auteurs en signalent un cas sur quatre accouchements, mais elle disparaît rapidement et offre peu de complications, bien qu'on ait signalé des cas d'éclampsie consécutifs. Les causes de cette albuminurie sont la contraction utérine et l'effort, c'est-à-dire, la contraction des muscles abdominaux. La contraction utérine empêche l'arrivée du sang artériel dans la matrice, et elle exprime le sang veineux qui gorge les sinus utérins, de telle sorte qu'elle agit d'une double manière, en augmentant la tension artérielle et en faisant croître la pression veineuse, au niveau des vaisseaux du rein. La contraction abdominale agit dans le même sens et détermine une compression sur le rein et ses vaisseaux par le globe utérin. L'albuminurie cesse dès que le sang a repris son cours normal, et sa tension physiologique.

OBSERVATION I (Personnelle).

Louise B..., 19 ans, fleuriste, entre le 26 août 1903 à 5 heures du soir à la Maternité de l'hôpital Tenon, service de M. le Dr Boissard parce qu'elle a eu chez elle, dans la journée, quatre crises d'éclampsie. La veille, elle est venue à la consultation et malgré les conseils de la sage-femme de garde elle a préféré retourner chez elle. C'est une primipare, réglée à 14 ans d'une façon irrégulière et dont la dernière apparition des règles date du 15 au 20 février 1903. Elle est donc enceinte de six mois. Ses antécédents héréditaires sont nuls. Elle a un frère et une sœur bien portants ; la sœur est accouchée à terme d'une fille et n'a pas présenté d'albumine durant sa grossesse.

Comme antécédents personnels : coqueluche à 2 ans, rougeole à 7 ans. A 17 ans la malade a eu des palpitations de cœur. Au mois de mai 1903, dans le courant de sa grossesse, la malade fut atteinte de grippe avec bronchite assez forte qui persista pendant plus de quinze jours. Le 23 août, la malade étant allée à la campagne reçut une averse et ne put changer de vêtements qu'à son retour ; deux jours après l'œdème apparaissait brusquement aux membres inférieurs et la déterminait à venir à la consultation. En outre, depuis 18 mois, Louise B... dirige un estaminet et veille pendant une partie de la nuit.

27 août. — A l'examen, la malade présente une teinte générale blanc pâle qui fait un contraste avec sa chevelure rousse. Le

facies est bouffi, les paupières gonflées ; les membres inférieurs très œdématisés laissent, par la pression du doigt en avant du tibia, imprimer un godet. L'œdème remonte au-dessus de la symphyse pubienne mais ne dépasse pas l'ombilic. Les poumons et le cœur sont normaux, la dyspnée est peu marquée.

Dans la nuit du 26 au 27, de 8 heures du soir à 6 heures du matin, la malade a eu neuf crises d'éclampsie. On lui a donné deux irrigations rectales et un lavement contenant 6 grammes de chloral. Saignée d'environ 500 grammes. De 6 heures à 9 heures du matin la malade n'a pas repris connaissance. Les urines retirées à la sonde à son arrivée se prennent en masse par l'acide azotique. On fait un dosage au réactif d'Esbach en étendant l'urine de moitié d'eau distillée ; 24 heures après l'albumine montait à la division 10 du tube d'Esbach ce qui fait 20 grammes par litre.

Le 26 au soir, on n'a pas perçu les bruits du cœur fœtal ; pendant la nuit la femme est entrée en travail, à 6 heures du matin, la dilatation est d'une paume et l'on n'entend pas les bruits du cœur fœtal. Le 27 à 10 heures du matin rupture artificielle des membranes. M. le Dr Boissard ayant acquis la certitude de la mort du fœtus fait une basiotripsie le 27 à 10 h. 10 du matin, le sommet étant en gauche antérieure. Il extrait un enfant mort-né de 1250 grammes moins la substance cérébrale. Délivrance artificielle complète à 11 h. 20. Le placenta du poids de 300 grammes ne présente pas d'infarctus. On fait ensuite une injection intra-utérine au permanganate de potasse. La température est de 38°2.

28 août. — La malade va mieux ; pas de nouvelles crises d'éclampsie. Urines rougeâtres en très petite quantité 150 grammes qui donnent 15 grammes d'albumine par litre en 24 heu-

res au réactif d'Esbach. La malade est soumise depuis son entrée au même régime. Lait et Eau d'Evian.

9 août. — Température normale. Urines 200 grammes. Albumine 10 grammes par litre au réactif d'Esbach. Poumons normaux. Cœur normal. Le tube digestif fonctionne bien.

30 août. — Urines 200 grammes. Albumine 5 grammes.

31 août. — La malade a des hallucinations. Température 37°2. Urines 200 grammes, Albumine 1 gramme.

1^{er} septembre. — Les urines ont augmenté de quantité 1000 grammes et de rougeâtres elles sont devenues claires. L'albumine a diminué on n'en trouve plus que 80 centigrammes par litre. La respiration est normale, le cœur présente un léger roulement présystolique.

2 septembre. — Hallucinations. Température 37°. Urines 1000 grammes. Albumine 0 gr. 20.

3 septembre. — Urines 800 grammes. Albumine 1 gramme.

4 septembre. — Urines 500 grammes. Albumine 4 grammes.

5 septembre. — Urines 1000 grammes. Albumine 5 grammes. Les urines sont toujours claires, la malade est maintenue au régime lacté.

6 septembre. — Urines 500 grammes. Albumine 2 grammes.

7 septembre. — Urines 850 grammes. Albumine 1 gr. 75.

A l'auscultation du cœur, on trouve toujours un léger roulement présystolique.

8 septembre. — Urines 900 grammes. Albumine 1 gr. 50.

9 septembre. — Urines 950 grammes. Albumine 1 gr. 25.

10 septembre. — Urines 1000 grammes. Albumine 1 gramme.

11 septembre. — Urines 1100 grammes. Albumine 1 gramme.

12 septembre. — Urines 1200 grammes. Albumine 0 gr. 80.

13 septembre. — Urines 1200 grammes. Albumine 0 gr. 75.

14 septembre. — Urines 1150 grammes. Albumine 0 gr. 80.

On donne à la malade de la purée de pommes de terre et du lait.

Du 15 septembre au 2 octobre la malade urine par 24 heures de 900 à 1200 grammes et l'albumine oscille entre 80 centigrammes et deux grammes.

Le 2 octobre. — La malade a encore 1 gramme d'albumine par litre, on trouve au cœur le roulement présystolique, mais pas de bruit de galop affirmé. La malade sort sur sa demande.

16 octobre. — La malade revient à la consultation car elle se plaint de palpitations. Elle suit chez elle le régime végétarien et ne boit que du lait. On trouve au cœur les mêmes troubles du rythme qu'avant son départ de l'hôpital et l'albumine dosée au tube d'Esbach donne 50 centigrammes par litre.

24 février 1904. — La malade revient pour les palpitations, On ne trouve pas d'œdème des membres, mais à l'auscultation du cœur on a le roulement présystolique et un frémissement.

Les urines sont claires et l'albumine dosée au tube d'Esbach donne 0 gr 75 par litre.

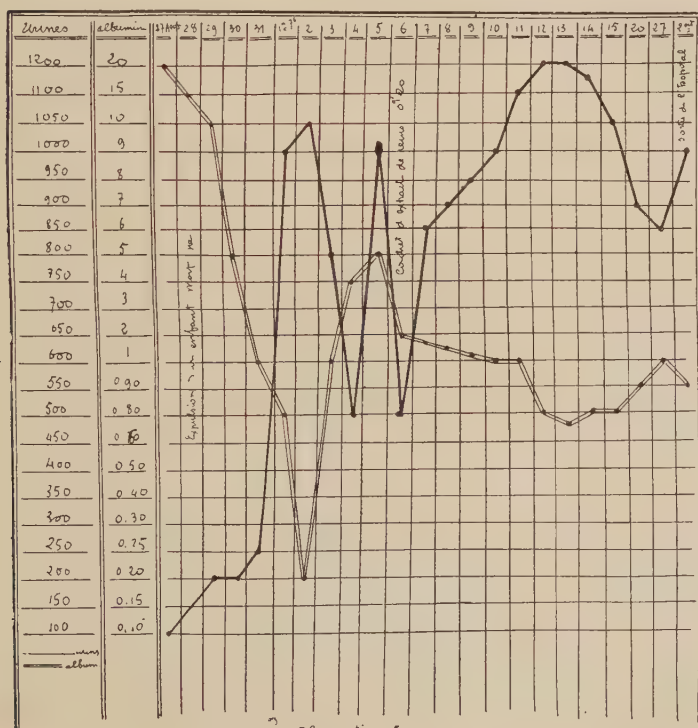
On ordonne 1 gramme de théobromine par jour pendant huit jours. La malade affirme suivre le régime végétarien et ne boire que du lait.

15 mai. — Depuis deux mois la malade a pris des viandes blanches, mais elle a souvent des palpitations violentes avec sensation de constriction thoracique. Sur notre demande elle rentre dans le service de M. le Dr Launois à l'hôpital Tenon. La malade a maigri de 7 kilos, son teint est blafard, mais elle ne présente pas d'œdème. La respiration est normale et le tube digestif fonctionne bien. Le cœur bat dans le cinquième espace

intercostal en dedans de la ligne mamelonnaire. La région de la pointe n'est pas douloureuse à la palpation. A l'auscultation on perçoit un bruit de galop. Le pouls est régulier 72 pulsations.

Les urines sont jaune pâle sans sédiment et donnent 30 centigrammes d'albumine par litre. Examen du système nerveux. Réflexes diminués, sensibilité normale. Pas de rétrécissement du champ visuel.

La malade se repose pendant huit jours dans le service et sort le 28 mai ayant 80 centigrammes d'albumine par litre dans ses urines.



OBSERVATION II (Personnelle).

Charlotte R..., 19 ans, bijoutière, entre le 19 novembre 1903 à 4 heures du soir à la Maternité de l'hôpital Tenon, service du Dr Boissard, parce qu'elle est enceinte et légèrement oppressée. Depuis trois jours ses jambes sont très enflées, sa vue est moins nette et les douleurs de tête la privent de sommeil.

C'est une primipare, réglée à 12 ans, d'une façon irrégulière, car elle ne perd que tous les deux ou trois mois. La dernière apparition des règles date du 12 avril 1903. Elle est donc enceinte de 7 mois environ.

Ses antécédents héréditaires sont nuls ; comme antécédents personnels, une rougeole à 2 ans 1/2. Pas de bronchite, de laryngite ayant nécessité un repos au lit. Jeune fille, la malade jouait avec ses camarades sans essoufflement, mais à l'âge de 16 ans, elle grossit beaucoup et éprouva dès lors, à la moindre fatigue, de la dyspnée et des palpitations de cœur. Son obésité lui permit cependant de continuer son travail jusqu'au 12 novembre 1903, où, plus fatiguée, elle resta chez elle.

Au cours de sa grossesse, Charlotte R... vint deux fois à la consultation ; le 15 octobre, on trouva de l'albumine et la malade se mit chez elle au régime lacté ; le 22 octobre l'albumine avait disparu et elle reprit alors l'alimentation normale.

La malade, examinée le 16 novembre au matin, présente une grossesse de 7 mois environ, mais elle est très infiltrée. Le visage est blanc pâle, les paupières sont boursoufflées et la pression du doigt, en avant de la crête du tibia, laisse un godet. Dyspnée légère, affaiblissement très marqué de la vision, douleurs de tête. Les urines sont en quantité assez abondante, 950 grammes, se

prenant en masse avec l'acide azotique et donnant 20 grammes d'albumine par litre au réactif d'Esbach. Poumons et cœur normaux. Langue un peu blanche, mais humide. Température 37°2.

L'œdème de la paroi laisse difficilement délimiter la hauteur de l'utérus ; sommet dans l'excavation, en droite postérieure, bruits du cœur fœtal normaux, enfant vivant.

Traitement. — Lait en petite quantité. Eau d'Evian théobromine 1 gr. 50.

17 novembre. — Le 16 novembre à midi, l'interne du service a fait une saignée sur la saphène interne du membre inférieur droit. Incision oblique, sectionnant complètement la veine, difficile à découvrir à cause de l'œdème. Il retire 700 grammes de sang, ligature la veine et fait trois points de suture sur la plaie, puis applique un pansement humide. Six sangsues sont apposées aux apophyses mastoïdes. A 2 heures de l'après-midi, la malade a une première attaque d'éclampsie, qui dure quelques minutes ; elle reste agitée pendant la soirée et une partie de la nuit. Les douleurs de tête ont disparu, l'amaurose est complète. Rien aux poumons, pas de bruit de galop, tension artérielle faible, température normale. La quantité d'urine est tombée à 250 grammes et l'on trouve 14 grammes d'albumine par litre au réactif d'Esbach.

Enfant vivant.

Traitement. — Irrigations rectales matin et soir, 4 grammes de chloral par jour. Lait et eau d'Evian.

18 novembre. — A 3 h. 30 du matin, rupture spontanée des membranes, dilatation complète à 3 h. 45, accouchement spontané, à 3 h. 45, d'un enfant mort-né, de sexe féminin, pesant 1300 grammes. Délivrance complète, placenta normal ne présentant ni caillot, ni infarctus, du poids de 250 grammes.

L'amaurose est aussi complète. Urines 1500 grammes 10 grammes d'albumine par litre. Légère amélioration dans l'état général de la malade, qui a eu des selles copieuses, par suite de ses lavements.

19 novembre. — Gardes-robes abondantes, peu d'urines recueillies 100 grammes environ, 8 grammes d'albumine par litre. La température, qui était hier soir de 37°8, est montée à 39°2. Pouls à 90. Lochies fétides. Ecouvillonnage. Ventouses scarifiées sur la région lombaire. La malade croit être plongée dans l'obscurité; elle ne peut distinguer d'où vient la lumière.

L'examen ophtalmoscopique pratiqué par M. Terrien donne : une double névrite optique, œdème de la papille, petites hémorrhagies autour de la papille.

20 novembre. — Température 37°7. Pouls 80. Les troubles oculaires persistent, la sécrétion urinaire diminue, 50 grammes par 24 heures, 5 grammes d'albumine par litre. Légère dyspnée, 22 inspirations par minute. La malade accuse de la céphalée. Suppression des lavements de chloral. Lait. Eau d'Evian.

21 novembre. — Température revenue à la normale ; céphalée continue. La malade voit un peu mieux. Elle urine très peu urines rougeâtres, 45 grammes par 24 heures, 5 grammes d'albumine par litre. Injections sous-cutanées de corps thyroïde. Cachets d'extrait de rein, 0 gr. 20, quatre cachets par jour.

22 novembre. — Céphalée. La malade distingue mieux les objets et leurs contours. Très peu d'urine, 20 grammes, 4 grammes d'albumine par litre. Oppression assez marquée, rien aux poumons. Ventouses scarifiées sur la région lombaire.

23 novembre. — Urine chargée, rougeâtre, en petite quantité, 60 grammes, 4 gr. 50 d'albumine par litre. Dyspnée, 26 inspirations par minute. Céphalée.

24 novembre. — Même quantité que la veille d'urine rougeâtre. Céphalée, dyspnée. Rien aux poumons.

L'examen microscopique des urines fait par mon excellent ami, M. Grélard, interne en pharmacie donne :

Pas d'indican.

Amas d'urate de soude.

Rares cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens.

Quelques cristaux d'acide urique.

Quelques leucocytes polynucléés.

Amas de globules graisseux.

Quelques cylindres.

Albumine 5 grammes par litre.

25 novembre. — Dyspnée assez intense ; la malade soutenue par des oreillers étouffe et refuse tout liquide, La langue est sèche.

Inspirations fréquentes, 30 par minute, pouls à 90. La quantité d'urine est remontée à 250 grammes, avec 2 grammes d'albumine par litre.

Râles fins aux deux poumons. Nouvelle saignée qui ne donne rien. La plaie de la première saignée s'est bien cicatrisée. Température normale.

26 novembre. — L'état de la malade est devenu plus grave hier soir. Dyspnée très intense, œdème de la glotte, qui nécessite la trachéotomie pratiquée à minuit. La malade semble soulagée, mais remue beaucoup ; aussi la canule se déplace-t-elle facilement. A l'auscultation des poumons, en avant, on entend des râles fins. La dyspnée se fait plus intense la malade meurt à 5 heures du matin.

L'autopsie de la malade a été refusée, nous avons pu cependant nous procurer les reins.

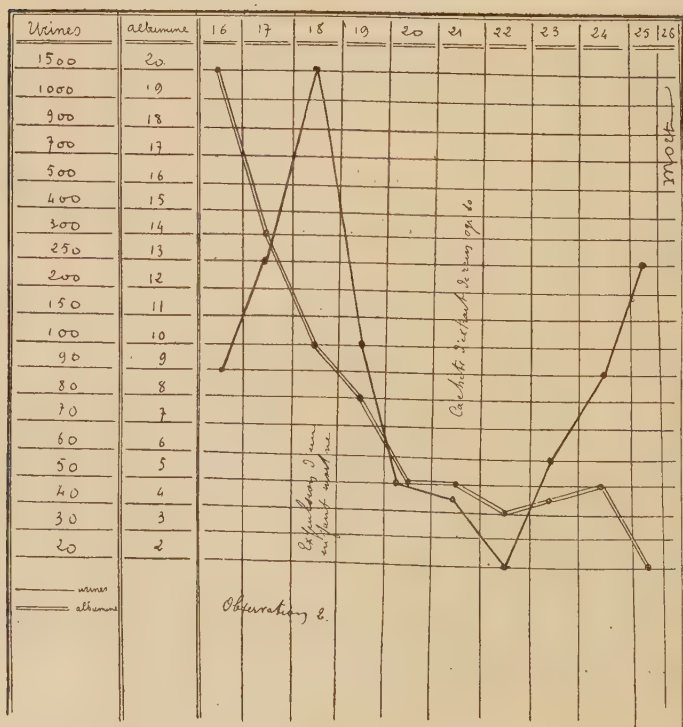
Examen. — Gros reins blancs, doublés de volume, le rein droit pesant 320 grammes, le rein gauche 325 grammes, très congestionnés à la périphérie. Substance corticale blanchâtre, ayant conservé une épaisseur d'un centimètre.

Examen histologique. — Quelques glomérules oblitérés par suite de l'augmentation de volume du réseau capillaire dont les parois sont épaissies.

Prolifération des cellules de revêtement de la capsule de Bowman.

Dilatation des tubes contournés remplis de produits d'exsudation.

Dégénérescence graisseuse des cellules de revêtement. En certains points, début de sclérose du tissu cellulaire péri-tubulaire.



OBSERVATION III (Personnelle).

Joséphine Ar..., 20 ans, ménagère, entre le 15 décembre 1903, à 8 heures du matin à la Maternité de l'hôpital Tenon, service du D^r Boissard parce qu'enceinte elle est très œdématiée et privée de sommeil. C'est une primipare, bien réglée depuis l'âge de 13 ans. La dernière apparition des règles date du 1^{er} mai 1903. Elle est donc enceinte de 7 mois 1/2.

Ses antécédents héréditaires et collatéraux sont nuls; comme antécédents personnels, croup à 13 ans 1/2. On lui fit deux injections de sérum antidiphtérique à l'hôpital Trousseau où elle fut soignée pendant deux mois. La malade ne se rappelle pas si elle avait de l'albumine; depuis, elle s'est toujours bien portée, aucun essoufflement, aucune douleur articulaire. Le 4 décembre 1903, dans l'après-midi, la malade se plaignit de ne plus voir; un brouillard passa devant ses yeux et persista pendant un quart d'heure; elle reprit ensuite ses occupations. Le 6 décembre, un dimanche après une assez longue promenade, la malade s'aperçut en se couchant que ses chevilles étaient enflées: les chaussures avaient laissé leur empreinte. Le lendemain, après une bonne nuit de repos, tout était disparu, elle resta alors chez elle, ne faisant que son ménage, mais ses chevilles enflèrent au soir. Dans la nuit du 10 au 11, Joséphine Ar., eut quelques crampes douloureuses, mais passagères, dans les mollets; toujours l'œdème malléolaire du soir qui disparaît au

matin. Même état jusqu'au dimanche. La malade a conservé son appétit, ses selles sont régulières et les urines non examinées ne lui présentent rien de particulier comme coloration et comme quantité. Depuis le 6, elle éprouve chaque matin de la céphalalgie jusqu'au déjeuner.

Le dimanche 13, la malade remarqua que ses jambes étaient enflées ainsi que sa vulve, mais elle conserva son appétit et se promena jusqu'à une heure tardive de la nuit. Le lundi l'œdème augmenta et força la malade à s'aliter. Une sage-femme consultée envoya Joséphine Ar... à l'hôpital. Elle y vint le lendemain après une nuit d'insomnie, mais peu de céphalée.

A l'examen, le visage est pâle et bouffi, les paupières peu gonflées ; le ventre est développé comme dans une grossesse de 6 mois 1/2 avec des vergetures. L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La vulve est œdématisée, les jambes très enflées et l'on imprime un godet sur la face interne du tibia.

Le cœur et les poumons sont normaux ; pas de dyspnée, 100 grammes d'urines par 24 heures, 20 grammes d'albumine par litre au réactif d'Esbach.

Le 15 décembre à 5 heures 1/2 du soir, la malade a eu une première attaque d'éclampsie. Troubles de la vue, puis convulsions toniques et cloniques. Ecume des lèvres. On fait une saignée de 300 grammes sur la veine céphalique du bras gauche et l'on maintient la malade sous le chloroforme. A 7 heures la crise a complètement cessé. On met la malade à l'eau bouillie ; on la purge avec 25 grammes d'huile de ricin et on lui donne deux lavements de chloral de 2 grammes chacun à 1 heure d'intervalle. La malade sommeille pendant la nuit.

Le 16 au matin, la malade se sent beaucoup mieux, pas de

céphalalgie. Température normale. Urines rares, 60 grammes, 16 grammes d'albumine par litre au tube d'Esbach. L'œdème a diminué. Rien au cœur, rien aux poumons. Enfant vivant. Purgatif, eau-de-vie allemande 20 grammes. Lait et eau d'Evian.

17 décembre. — L'œdème diminue. On imprime difficilement le godet sur le tibia. La vulve est un peu cedématisée ainsi que la partie inférieure de l'abdomen, le visage est très légèrement bouffi. Selles abondantes. Urines 700 grammes un peu rougeâtres, 4 grammes d'albumine par litre. Température 37°2. La malade a faim. On lui donne du lait. Langue bonne, humide. Pouls 78 à la minute.

Purgatif : sulfate de soude 30 grammes.

18 décembre. — Etat général satisfaisant.

Pouls normal température 37°1

Urines 700 grammes, albumine 1 gr. 750.

19. — Urines claires : 800 grammes. Albumine, 2 gr. 25.

20. — Même état. Urines claires, 800 grammes. Albumine 2 grammes par litre. Pouls 76, température 37°2.

Enfant vivant. Régime lacté avec lactose.

21. — La quantité d'urines diminue ; 250 grammes : la quantité d'albumine augmente : 3 gr. 50.

La malade ne sent plus remuer son enfant et l'on n'entend plus les bruits du cœur fœtal.

A 10 heures du matin on pose un gros ballon du Dr Bois-sard. Pouls 78, température 37°0.

22. — Hier soir, à 11 heures, expulsion d'un fœtus macéré ayant présenté le siège complet et pesant 1130 grammes. Délivrance naturelle avec rétention du chorion et de la caduque Placenta, 220 grammes, ne présentant par d'infarctus. Tempé-

rature 37°1. Urines 300 grammes. Albumine 5 grammes par litre. L'œdème disparaît, plus de godet sur la face interne du tibia. Les téguments sont blanchâtres.

Régime lacté. Théobromine 1 gr. 50.

23 décembre. — Bon état général, la malade se plaint de la faim. Débâcle urinaire 2000 grammes, 0 gr. 25 d'albumine par litre. Pouls 78. Température 37°.

24. — Urines abondantes un peu troubles, 2100 grammes, 0 gr. 75 d'albumine. L'œdème pré tibial a disparu, ainsi que la bouffissure de la face. Pouls 78. Température 37°.

25. — La malade a de la température : 39° 2. Injection intra-utérine ramenant des débris de membranes. Urines troubles abondantes, 1600 grammes. Albumine 2 grammes. Deux lavements par jour. Lait avec lactose. Eau d'Evian.

26. — Température 37°1. Bon état général. Urines 1600 grammes. Albumine 3 grammes.

27. — Urines troubles 1500 grammes. Albumine 2 gr. 50. Température 37°.

28. — Température 37°1. Urines 1000 grammes. Albumine 10 grammes. Eau d'Evian. Bouillon de reins frais de porc, deux bols.

29. — Albumine 3 grammes par litre au réactif d'Esbach.

30. — Albumine 5 grammes.

31. — Albumine 2 grammes.

1^{er} janvier. — Albumine 7 grammes, pas de température. Urines 1200 grammes. Même traitement.

2. — Albumine 3 grammes.

3. — Albumine 6 grammes.

4. — Albumine 0 gr. 75.

5 janvier.— Albumine, 1 gr. Urines troubles, 1500 grammes.

Visage pâle, pas d'œdème. Tube digestif normal. Poumons normaux. Cœur. Léger affaiblissement du premier bruit.

6 janvier. —	Urines 1800 gr.	Albumine 1 gramme
7 —	1100 gr.	2
8 —	1700 gr.	1
9 —	1700 gr.	1
10 —	1500 gr.	0, 90
11 —	2300 gr.	0, 85

Cessation du bouillon de reins de porcs. On donne 4 grammes de lactate de strontium dans une potion gommeuse de 120 grammes.

12 janvier. — Urines 1800 grammes. Albumine 0 gr. 75. Pas de température.

13. — Urines 2000 grammes. Albumine 1 gr. 25. Pas de température.

14. — Urines 2150 grammes. Albumine 2 grammes. Pas de température.

15. — Urines 2000 grammes. Albumine 2 grammes. Pas de température.

16. — Urines 2250 grammes. Albumine 1 gr. 75. Pas de température.

On alimente la malade avec de la purée de pommes de terre.

17. — Urines claires, 1700 grammes. Albumine 2 grammes, pas de température. Du 18 janvier au 21, jour où la malade sort de l'hôpital les urines varient entre 1700 et 2000 grammes et l'albumine ne dépasse pas 1 gr. 50 par litre.

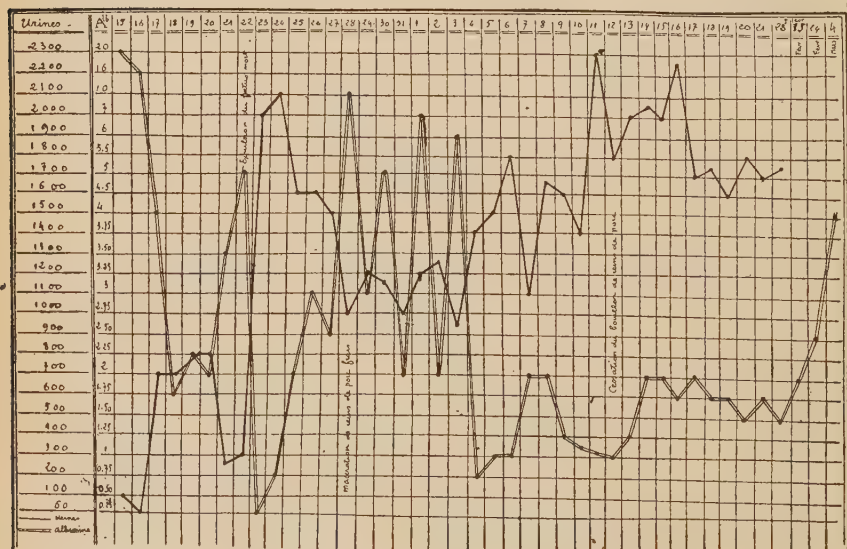
Le 28. — Le malade vient à la consultation sur notre demande. L'examen des urines au tube d'Esbach donne 1 gr. 50

d'albumine par litre. La malade a suivi chez elle un régime mixte. On ordonne des capsules de néphrine.

4 mars. — La malade revient à la consultation. Depuis trois semaines la malade a pris une nourriture ordinaire en évitant cependant le vin, les liqueurs et le café. Elle boit du lait et de l'eau. La malade ne remarque pas la quantité des urines qui sont claires ; elles donnent 4 grammes d'albumine par litre au réactif d'Esbach.

Les poumons sont normaux.

A l'auscultation du cœur on entend un roulement présystolique peu marqué. Pas de frémissement.



OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. Léon Bernard, chef de clinique.

Marie-Louise L..., âgée de 21 ans, domestique, entre le 12 novembre 1903, dans le service de M. le Dr Landouzy pour œdème des membres inférieurs et des paupières survenu au cours d'une grossesse.

La malade présente une teinte générale blanchâtre des téguments. Facies bouffi, figure large avec teinte plus rosée des pommettes. Les paupières sont gonflées, œdématiées. Sur la moitié gauche du front sur la tempe et la joue gauche, cicatrice très étendue d'une brûlure survenue à l'âge de 9 mois par chute dans le feu. On trouve de plus deux petites cicatrices au menton et une à la joue ayant la même origine.

Les deux membres inférieurs, pieds et jambes, sont très augmentés de volume; œdème blanc, le doigt laisse un godet qui n'est pas constamment marqué. Mains augmentées de volume.

La malade est réglée depuis l'âge de 18 ans, mais très irrégulièrement, car elle perd tous les deux ou trois mois. C'est une primipare dont les dernières règles sont du 24 avril 1903. Elle est donc enceinte de 6 mois $1\frac{1}{2}$. Le fonds de l'utérus dépasse l'ombilic d'un travers de doigt: Le fœtus est mobile dans la cavité utérine avec bruits du cœur normaux.

Examen de la femme.

Poumons normaux.

Cœur. Léger souffle extra-cardiaque. Pouls 64.

Appareil digestif normal.

Urines, coloration rouge foncé. Albumine 18 grammes par litre au réactif d'Esbach. Pas de sucre, pas de cylindres.

Antécédents personnels. — A 6 ans, fluxion de poitrine.

A 8 ans, scarlatine très forte avec albumine.

Il y a 3 ans, douleurs dans les jointures, généralisées très vives, empêchant tout mouvement ayant nécessité un repos au lit. Pendant deux jours, douleurs précordiales, dyspnée avec diminution des douleurs articulaires.

Depuis le début de la grossesse, vomissements alimentaires, la nuit surtout. Pas de céphalée. Depuis un mois quelques filets de sang en se mouchant le matin, cependant il y a trois mois épistaxis très abondantes tous les jours ; en même temps, crampes dans les mollets. Douleurs épigastriques irradiées dans le dos. La malade est soulagée par le décubitus ventral et latéral gauche.

Il y a dix jours pendant son travail la malade fut exposée à un courant d'air. Le soir elle eut un léger frisson et toussa un peu, mais le lendemain elle reprit ses occupations sans être incommodée. Le soir elle s'aperçut que ses chevilles étaient enflées et, après le repos de la nuit, l'œdème persista. Il gagna bientôt les jambes, puis les mains, puis au bout de huit jours il y eut œdème des paupières et de la face. Pas de douleurs lombaires, pas de pollakiurie.

14 novembre. — La malade a eu dans la nuit des crises d'éclampsie. Dans la soirée du 13, elle se plaignit de maux de tête, de crampes d'estomac.

A 7 heures du soir, première attaque d'éclampsie avec morsure de la langue, perte involontaire des urines. Pendant la nuit, plusieurs crises. Saignée de 200 grammes.

Le 1/4 au matin, langue énorme qui fait saillie hors de la bouche. La malade n'a plus sa connaissance; elle est étendue dans son lit, ne répondant pas aux questions, dans un demi-coma. Pouls à 148. Température 38°9.

Cœur. Rythme fœtal avec période d'arythmie.

Mydriase; de temps en temps, nystagmus lent.

Crise d'éclampsie à 10 heures du matin. Saignée de 500 grammes. L'enfant est vivant.

La quantité d'urines ne peut être appréciée; celles recueillies avant la crise dosées au réactif d'Esbach donnent 15 grammes d'albumine par litre.

15 novembre. — Amélioration sensible; la malade n'a eu pendant la nuit qu'une seule crise convulsive. Elle comprend les questions et y répond par signe. On n'entend plus les bruits du cœur fœtal. A 1 heure de l'après-midi expulsion spontanée d'un fœtus mort et macéré. La mort remonte à 4 ou 5 heures au plus.

Délivrance spontanée naturelle et incomplète. Poids du fœtus 1500 grammes, poids du placenta 310 grammes. Le placenta ne présente pas d'infarctus. Gros caillots noirs non adhérents qui sont expulsés en même temps que le délivre.

Les urines recueillies donnent 9 grammes d'albumine par litre; la quantité est de 900 grammes environ, température 37°2.

16 novembre. — L'injection vaginale ramène des débris de caduque; pas de fièvre. Langue un peu tuméfiée avec points blanchâtres. L'œdème a beaucoup diminué.

Cœur. Pas de bruit de galop. Prolongement du premier bruit à la pointe. Pouls à 80.

Foie normal.

Régime lacté et eau de Vichy.

Deux lavements froids matin et soir.

17 novembre. — Dans la soirée du 16, frisson sans élévation de température ; deux petites plaques de sphacèle au niveau de la vulve. L'urine est colorée par du sang venu de l'utérus ; sa quantité est de 1200 grammes, on ne trouve plus qu'un gramme d'albumine par litre.

18 novembre. — Température normale, 1200 grammes d'urine, 1 gramme d'albumine par litre.

19-20 novembre. — Même état ; la malade est toujours au régime lacté.

23 novembre. — Urine claire 1300 grammes, 0 gr. 25 d'albumine par litre.

29 novembre. — Même état, la malade urine normalement on ne remarque que des traces d'albumine.

6 décembre. — Régime lacté. Pas d'albumine. Tension artérielle 16.

9 décembre. — On autorise la malade à manger de la purée de pommes de terre.

13 décembre. — Signes d'imperméabilité rénale ; Maux de tête, douleurs dans les mollets. Anorexie. Cœur. Pointe dans le cinquième espace intercostal. Ebauche de bruit de galop. Pas d'albumine. On soumet de nouveau la malade au régime lacté.

18 décembre. — Les troubles ont disparu. Retour à l'alimentation. Urines en quantité normale variant de 1200 à 1300 grammes. Pas d'albumine, pas de température.

8 janvier. — La malade a un peu d'anorexie. Douleurs articulaires peu vives, facies un peu bouffi. Tension artérielle 18. Cœur. Léger souffle présystolique.

13 janvier. — Pas d'albumine, urines en quantité normale, pas de température.

Même état jusqu'au 28 janvier où la malade sort de l'hôpital. Le souffle présystolique est plus accusé, un bruit de galop tend à se constituer. L'état général de la malade est assez satisfaisant, elle a engraisé de 3 kilogrammes depuis son entrée.

OBSERVATION V

Marthe B..., 24 ans, blanchisseuse entre le 1^{er} janvier 1903 à 11 heures du soir à la Maternité de l'hôpital Tenon, service de M. le Dr Boissard, parce qu'enceinte elle est très œdématiée et privée de sommeil.

C'est une primipare bien réglée depuis l'âge de 16 ans.

La dernière apparition des règles date du 15 mai; elle est donc enceinte de 7 mois $1/2$ environ.

Ses antécédents héréditaires sont nuls; comme antécédents personnels, rougeole à 2 ans, grippe très forte à 17 ans, qui a maintenu la malade un mois à la chambre. Elle a cessé de travailler depuis trois jours parce qu'elle était très fatiguée; des maux de tête très violents l'empêchaient de dormir pendant la nuit et ses jambes étaient enflées.

A l'examen on remarque un visage très pâle, bouffi, des paupières tuméfiées. La paroi abdominale œdématiée laisse délimiter l'utérus qui remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et le stéthoscope appliqué pour percevoir les bruits du cœur fœtal, qui sont normaux, imprime un sillon annulaire profond. Les jambes sont très enflées. Les urines prises hier

soir à la sonde se prennent en masse par la chaleur et l'acide azotique. On fait un tube d'Esbach en diluant l'urine qui donne au bout de 24 heures, 40 grammes d'albumine par litre.

2 janvier. — M. le D^r Boissard décide de provoquer l'accouchement pour éviter l'éclampsie et sauver l'enfant dont les bruits du cœur sont normaux. A 11 heures 30 du matin pose du gros ballon du D^r Boissard. Expulsion du ballon à 5 h. 30 du soir. Dilatation complète et accouchement spontané 20 minutes après. L'enfant est vivant et pèse 2380 grammes. Délivrance naturelle complète, placenta ne présentant pas d'infarctus.

Saignée de 500 grammes. On a recueilli 600 grammes d'urines rougeâtres donnant 20 grammes d'albumine par litre au tube d'Esbach. La malade ne souffre pas, mais elle a eu du délire pendant une partie de la nuit. La température est de 37°5.

3 janvier. — La malade a bien reposé. Elle a uriné dans les 24 heures 900 grammes et l'on trouve 10 grammes d'albumine par litre au réactif d'Esbach. La température est de 37°2.

4 janvier. — La malade très soulagée a eu une véritable débâcle urinaire 2200 grammes ne donnant plus que 3 grammes d'albumine par litre.

L'œdème a diminué considérablement. La température est normale.

5 janvier. — Les urines sont devenues claires et abondantes 3.500 grammes, 0 gr. 50 d'albumine par litre.

Les poumons et le cœur sont normaux.

6 janvier. — Près de 4 litres d'urines contenant 0 gr. 20 d'albumine par litre.

6 et 7 janvier. — 2 litres d'urines avec 1 gramme d'albumine par litre.

Du 8 au 10 janvier. — 1 litre d'urines contenant 0 gr. 50 d'albumine par litre.

Cœur. Prolongement du premier bruit à la pointe.

11 janvier. — Température 39°. Injection au permanganate de potasse. Les urines ont diminué 800 grammes. Albumine 0 gr. 80.

12 janvier — Délire pendant la soirée la malade a reposé. Elle est toujours soumise au régime lacté avec de l'eau d'Evian ; 350 grammes d'urines recueillies contenant 1 gramme d'albumine par litre.

13 janvier. — Diurèse abondante 1 litre avec 2 gr. 50 d'albumine par litre.

14 janvier. — La malade va bien, elle urine environ 2 litres et l'on ne trouve que 0 gr. 75 d'albumine par litre.

15 janvier. — Etat satisfaisant, mais on trouve au cœur un léger souffle présystologique, 2500 grammes d'urines avec 0 gr. 50 d'albumine par litre.

L'enfant diminue de poids. Muguet dans la cavité buccale, œdème des membres inférieurs, température 33°, il est mis en couveuse.

16 janvier. — Mère. Température 38°9. Lymphangite du sein gauche. Enfant même état que la veille.

17 janvier. — Mère. Température 37°7. L'enfant est mort à 2 heures du matin. On donne à la malade de la purée de pommes de terre.

Du 18 au 22 janvier. — La femme urine normalement et ses urines contiennent de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 d'albumine par litre.

Elle n'a pas de température. Le cœur présente un léger souffle présystolique sans bruit de galop.

La malade sort le 23 janvier.

Nous n'avons jamais eu de ses nouvelles.

OBSERVATION VI

Virginie M..., 38 ans, sans profession, entre le 28 janvier 1901 à la Maternité de l'hôpital Tenon, service de M. le Dr Boissard parce qu'elle a eu chez elle dix crises d'éclampsie.

C'est une primipare bien réglée depuis l'âge de 18 ans.

La dernière apparition des règles date du 30 mai 1900, elle est donc enceinte de 7 mois $1/2$ environ.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants n'ayant jamais présenté de maladies portant atteinte à la raison. Comme antécédents personnels fièvre typhoïde à 12 ans, angine vers le 15 janvier 1901.

20 janvier. — Le malade a eu deux crises d'éclampsie à son arrivée et cinq crises dans la nuit. Elle est restée plusieurs heures dans le coma et n'a repris connaissance qu'à 6 heures du matin. Elle est très œdématiée, l'utérus remonte de trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et à l'auscultation on perçoit les bruits du cœur fœtal qui sont normaux. Pas de début de travail. On lui fait une saignée de 500 grammes et on lui donne un lavement de chloral. Les urines en petite quantité se prennent en masse par l'acide azotique et donnent au bout de 24 heures 25 grammes d'albumine par litre au réactif d'Esbach. La température est de 38°7.

La malade ne boit que du lait et de l'eau d'Evian.

30 janvier. — La malade n'a pas eu de nouvelle crise d'éclampsie et a pu sommeiller. A l'auscultation on ne perçoit plus les bruits du cœur fœtal.

Les urines rougeâtres donnent 15 grammes d'albumine par litre. A 9 heures du soir, pose du gros ballon de M. le Dr Boissard.

31 janvier. — La malade a été très agitée pendant la nuit. A 10 heures du matin, la dilatation étant suffisante pour intervenir M. le Dr Boissard, fait la perforation du crâne et extrait un fœtus pesant 1800 grammes. Délivrance artificielle complète à 10 h. 1/2. Placenta pesant 300 grammes ne présentant rien d'anormal. Liquide amniotique très vert. Injection intra-utérine au permanganate de potasse. La malade n'a pas d'élévation de température et l'on trouve 6 grammes d'albumine par litre dans ses urines.

On a fait le diagnostic d'un gros fibrome pédiculé sous-péritonéal.

Cœur et poumons normaux.

1^{er} janvier. — Température normale; 9 grammes d'albumine par litre (Nous ne connaissons pas la quantité totale d'urines émises en 24 heures).

2 février. — Albumine 3 grammes. La malade est assez calme.

4 février. — Albumine 0 gr. 80.

5 février. — — 1 gr.

6 février. — — 3 gr.

7 février. — — 3 gr.

La température n'a pas dépassé 37°2.

8 février. — Crise de délire. Malade très agitée. Température normale. Albumine 4 grammes.

9 février. — Envoyée à l'asile Sainte-Anne.

Transférée le 11 février à l'asile de la Maison-Blanche où le diagnostic suivant est porté.

Délire mélancolique avec troubles hallucinatoires en voie de décroissance et paraissant liés à des crises d'éclampsie avec albuminurie abondante.

Quinze jours après peu ou pas d'albuminurie. Amélioration notable de l'état mental. Sortie pour guérison le 16 mai 1901.

Nous devons ces renseignements à l'obligeance de M. le Dr Boudrie, médecin de l'asile de Maison-Blanche à qui nous adressons nos plus sincères remerciements.

CHAPITRE II

Etiologie.

Si la grossesse est un acte physiologique, elle n'en produit pas moins, dans tout l'organisme, des modifications spéciales, qui seront plus ou moins accusées suivant l'état de résistance du sujet. Certaines femmes, en effet, ne sont nullement incommodées par leur grossesse ; d'autres au contraire présentent les symptômes d'une véritable intoxication. Cette intoxication gravidique se traduit par des troubles du côté du système nerveux (irritabilité, changement d'humeur, mélancolie) et du côté de l'appareil digestif (vomissements, constipation et à un degré plus élevé altérations du foie). Or le foie, qui, à l'état normal, détruit les poisons de l'organisme, ne peut lorsqu'il est altéré (hépatotoxémie du professeur Pinard) suffire à sa tâche et laisse au rein, qui est le principal émonctoire, le soin d'éliminer des substances toxiques, qui irriteront et désagrégeront bientôt son épithélium. Le rein ne pourra alors retenir l'albumine qui se retrouvera dans l'urine en plus ou moins grande quantité. C'est à cette variété d'albuminurie, relevant de l'hépatotoxémie,

que l'on a donné le nom d'albuminurie gravidique. Ce principal symptôme de l'intoxication gravidique est toujours d'un pronostic réservé, car souvent les femmes présentent des phénomènes d'éclampsie, dans le dernier mois de leur grossesse, bien que l'albumine ne dépasse pas 4 à 6 grammes par litre au réactif d'Esbach et l'on peut même observer l'éclampsie sans albuminurie.

Bien autrement grave est cette albuminurie intense, massive, que nous appellerons grande albuminurie, qui ne peut reconnaître pour cause l'hépatotoxémie seule, puisque les symptômes et l'évolution en sont différents. Cette albuminurie, dont la quantité d'albumine s'élève à 20 ou 25 grammes par litre au réactif d'Esbach, survient en effet brusquement, du sixième au huitième mois de la grossesse, frappé la femme comme un coup de fouet, en fait une infirme, ou lui donne la mort. Chez les femmes qui présentent cette énorme quantité d'albumine, nous retrouvons toujours dans les antécédents, une maladie infectieuse, fièvre typhoïde, scarlatine, diphtérie ou rougeole. Devons-nous de là conclure, que toute femme, qui aura présenté avant la puberté une maladie infectieuse, deviendra, du fait d'une grossesse, une grande albuminurique. Non évidemment. Le rein dans la majorité des cas a été touché par l'infection antérieure, il est en état de moindre résistance en raison de lésions parcellaires ; mais il peut encore très bien supporter le surcroît de travail, que lui apporte la grossesse, ou ne manifester son impuis-

sance temporaire, qu'en laissant passer une faible quantité d'albumine. Lorsque la cause aura disparu, lorsque le fœtus sera expulsé ou mort, tout rentrera dans l'ordre et au bout de quelques jours, les urines ne contiendront plus de traces d'albumine; le rein aura repris, comme avant la grossesse son fonctionnement normal; c'est le cas de l'albuminurie gravidique. Mais pour provoquer cette véritable débâcle d'albumine, il faut d'autres causes que les lésions antérieures du rein et l'hépto-toxémie, il faut des causes prédisposantes et une cause déterminante. Les causes prédisposantes seront la mauvaise hygiène, le surmenage physique, l'alcoolisme, l'alimentation défectueuse, la cause déterminante sera une maladie aiguë ou plutôt le froid provoquant brusquement une néphrite aiguë. Si nous attachons une réelle importance aux conditions matérielles, c'est que, dans le milieu où nous avons recueilli nos observations, le bien-être existe peu; au contraire, dans la classe aisée, si l'albuminurie gravidique se trouve dans une proportion presque égale à celle des Maternités, les grandes albuminuriques font absolument défaut.

Dans son livre sur « *Les maladies infectieuses* » M. le Dr Roger nous montre, par des statistiques, l'influence des infections sur la mère et sur l'enfant; bénigne dans certains cas, la rougeole en particulier, elle est plus grave pour la scarlatine et la variole; mais il ne dit pas si ces maladies infectieuses provoquent chez les femmes enceintes une quan-

tité énorme d'albumine. Nous n'en connaissons qu'un cas, dont voici l'observation :

OBSERVATION VII

H... Valentine, primipare de 17 ans, entre à la Maternité de l'hôpital Tenon, service de M. le Dr Boissard, le 22 octobre 1901, à 5 heures du soir, parce qu'elle a de la céphalalgie et de la rachialgie. Les dernières règles sont du 10 mars 1901, elle est donc enceinte de sept mois environ.

Les antécédents nous sont inconnus. La malade présente un peu d'œdème des malléoles ; ses urines rougeâtres se coagulent presque complètement par l'addition d'acide nitrique.

L'utérus dépasse l'ombilic de deux travers de doigt, l'enfant se présente par le sommet, les bruits du cœur fœtal sont bons. Température, 38.5.

23 octobre. — A 10 heures du matin, la femme, dont le travail a commencé pendant la nuit, accouche spontanément d'un enfant vivant, du sexe masculin, pesant 1650. Délivrance naturelle complète, placenta pesant 270 grammes paraissant normal.

On constate une éruption envahissant tout le corps de la femme. La température est à 39.2.

On a recueilli 700 grammes d'urines rougeâtres, qui donnent en 24 heures 15 grammes d'albumine par litre au tube d'Esbach.

24 octobre. — Le caractère de l'éruption s'est confirmé,

on porte le diagnostic de variole et la malade qui avait été placée dans une chambre d'isolement, est conduite à l'hôpital d'Aubervilliers.

L'enfant, mis en couveuse, meurt au bout de deux jours, la mère est morte à Aubervilliers quelques jours après son arrivée.

Ce cas isolé de variole, au cours de la grossesse, provoquant une albuminurie massive, ne nous permet pas d'affirmer que toutes les grandes albuminuries sont produites par une maladie infectieuse intercurrente, car nous n'en trouvons pas d'autres exemples. Au contraire dans trois de nos observations, nous remarquons un refroidissement subit, précédant de quelques jours l'apparition de l'œdème et nous sommes amené à penser, que le froid est la vraie cause déterminante de ces grandes albuminuries. Lécorché et Talamon (1) disent d'ailleurs, page 256 : « Depuis Bright, l'observation clinique a toujours attribué un rôle capital au froid dans l'étiologie des néphrites. Et en fait, il est commun de voir les accidents d'une néphrite aiguë avec anasarque généralisée, suivre de près un refroidissement. Mais si le froid est capable de produire une légère albuminurie transitoire, suffit-il pour produire une véritable néphrite aiguë ? Certainement il est permis d'admettre, qu'à l'intensité d'action plus grande de la cause, correspondent des effets plus graves. Mais en réalité, nous croyons le fait exceptionnel. Pour que la perturbation vasculaire, causée par l'excitation *a frigore*, détermine dans le rein des altérations sérieuses, il faut qu'elle trouve le rein en imminence morbide ».

1. Lécorché et Talamon, *loc. cit.*

D'autre part Vinay dans son *Traité des maladies de la grossesse* dit : « Il est incontestable, qu'on doit faire intervenir parfois les causes ordinaires de la néphrite. Un certain nombre de ces femmes ont présenté à une époque plus ou moins éloignée des maladies infectieuses, qui ont modifié le rein et préparé le terrain aux causes directement pathogènes. D'autre part, j'ai pu constater que l'influence d'une angine, que l'action d'un refroidissement, pouvaient être retrouvés comme causes déterminantes de certaines albuminuries de la grossesse ».

C'est le cas de nos malades, dans les antécédents desquelles nous avons trouvé une maladie infectieuse, grippe, rougeole, scarlatine, diphtérie. Ces infections ont laissé le rein en état de moindre résistance, sans donner lieu à une véritable néphrite chronique, mais le froid, provoquant une congestion intense du rein, greffe une poussée de néphrite aiguë sur les lésions rénales jusque-là à l'état latent.

Il est une autre cause, qui peut produire une albuminurie intense, massive, c'est la syphilis. La syphilis, comme l'a si bien démontré M. le professeur Dieulafoy, peut en effet produire, à la période secondaire, une néphrite qui se traduit par des œdèmes considérables et des urines très albumineuses puisque l'on a pu trouver 15, 20, 30 grammes d'albumine par litre en 24 heures, mais nous n'avons pas trouvé une seule observation, où la néphrite syphilitique secondaire se soit déclarée au cours d'une grossesse.

Nous ne pouvons passer sous silence la théorie microbienne de M. Doléris. Chez les gestantes atteintes d'albuminurie intense M. Doléris a trouvé un micro-organisme formé de chaînes longues. En inoculant des cultures de ce microbe à des lapins, il a obtenu une albuminurie, mais qui disparaissait 24 heures

après l'infection. A l'autopsie, on n'a trouvé aucune lésion organique appréciable, ni trace de suppuration, mais les reins étaient congestionnés. Ces expériences ont été reprises par Delore, E. Blanc, Fabre, Combemale. Il semble démontré que ce micro-organisme provient des voies urinaires, car d'après la loi de Wissokowitch, il faudrait que le rein lui-même soit envahi, ce que l'on n'a pas trouvé dans le rein dit gravidique.

CHAPITRE III

Symptômes et diagnostic.

Si nous laissons de côté, l'évolution brusque, rapide de ces grandes albuminuries, nous voyons se dérouler tout le cortège symptomatique de l'albuminurie gravidique, à un degré, il est vrai, plus élevé.

En étudiant chacune de nos observations, nous constatons, que toutes nos malades entrent à la Maternité pour œdème généralisé et une céphalalgie intense qui les prive de sommeil ; les troubles digestifs, qui jusque-là étaient peu accusés, se révèlent par une inappétence absolue, et les troubles de la vue, plus ou moins marqués chez certaines malades, vont, chez la malade de l'observation II, jusqu'à l'amaurose complète.

Un fait, commun à toutes nos grandes albuminuriques, les distingue des femmes atteintes d'albuminurie gravidique, c'est l'éclampsie, qui dans ce cas est toujours la règle et apparaît très rapidement, de telle sorte, que l'éclampsie et l'albuminurie massive sont deux phénomènes concomitants et simultanés. En effet, toutes nos malades ont eu des crises

d'éclampsie plus ou moins répétées, puisque nous ne remarquons qu'une seule attaque dans l'observation III; 13 dans l'observation I; et 17 dans l'observation VI. Or nous savons, que, dans l'albuminurie gravidique, certain nombre de femmes échappent à cette terrible complication et nous trouvons dans la thèse d'agrégation de Dumas (Paris, 1880) les chiffres suivants :

Blot	41 albuminuriques,	7 éclamptiques,	$\frac{1}{5,8}$
Stoltz	7 —	1 —	$\frac{1}{7}$
Devillers	20 —	11 —	$\frac{1}{1,8}$
Mayer	36 —	7 —	$\frac{1}{5,1}$
Litzmann	13 —	5 —	$\frac{1}{2,6}$
Braun	35 —	6 —	$\frac{1}{5,7}$
Mac Donald	8 —	5 —	$\frac{1}{1,6}$

« Mais ces auteurs n'ont pas établi la différence entre l'albuminurie de la grossesse et l'albuminurie du travail. Cassin dans sa thèse (Paris 1880) dit : « Les 117 albuminuries de la grossesse ou du travail, que j'ai observées, ne me donnent qu'une seule éclamptique. Je m'empresse d'ajouter que, sur ce nombre total, 8 albuminuries seulement ont été constatées au cours de la grossesse et que toutes les autres se rapportent au travail ».

Sans chercher à décrire les diverses théories émises sur la pathogénie de l'éclampsie, nous considérons,

avec Rivière, l'éclampsie, comme une auto-intoxication par rétention dans l'organisme de substances toxiques que la femme enceinte aurait dû, mais n'a pu éliminer ; et la concordance, que nous avons relatée, est une nouvelle preuve de l'intoxication suraiguë que nous observons.

C'est cette même intoxication, qui nous explique l'absence des foyers hémorrhagiques et des infarctus blancs que l'on rencontre très fréquemment dans le placenta des femmes atteintes d'albuminurie gravidique et qui siègent dans l'épaisseur des cotylédons. Jamais, en effet, en examinant le placenta de nos grandes albuminuriques, nous n'avons remarqué ces altérations des villosités et nous pensons, que la *rapidité extrême de l'évolution* n'a pas permis aux lésions de se constituer. Vinay dit : « Cette forme, beaucoup plus grave que le rein gravidique, a une influence des plus néfastes sur les destinées de la grossesse qu'elle interrompt le plus souvent ; cette éventualité se produit très bien en l'absence de toute altération visible du placenta.

Quant à l'urine de nos parturientes, nous en avons noté, aussi soigneusement que possible, la quantité journalière, en faisant remarquer au cours de nos observations le changement de coloration et la véritable débâcle qui suit de quelques jours l'expulsion du produit de conception. La centrifugation de l'urine et l'examen du culot ont été faits, mais nous n'avons pas toujours trouvé de cylindres hyalins. L'albumine a toujours été dosée au réactif d'Es-

bach (1), en diluant l'urine de moitié ou des trois quarts, suivant le précipité plus ou moins abondant que nous donnait préalablement la chaleur ou l'acide azotique.

Malgré tout l'intérêt que présente l'anatomie pathologique des différents organes chez nos grandes albuminuriques, il nous est impossible d'en parler, car sur nos six observations nous n'avons qu'une mort (observation 2) et l'autopsie a été refusée. Nous avons pu cependant nous procurer les reins dont voici l'examen (2).

Gros reins blancs doublés de volume, le rein droit pesant 320 grammes, le rein gauche 325 grammes, très congestionnés à la périphérie. Substance corticale blanchâtre ayant conservé une épaisseur d'un centimètre.

1. Réactif d'Esbach :

Acide picrique	1
Acide citrique	2
Eau distillée	100

2. Cet examen est relaté dans notre observation 2.

CHAPITRE IV

Pronostic pour la mère.

Le pronostic des grandes albuminuries gravidiques est toujours grave pour la mère ; en effet, si nous reprenons nos observations, nous voyons que deux femmes ont succombé. La mort de l'une il est vrai, est plutôt imputable à la variole qu'à l'albuminurie, mais chez l'autre, l'œdème de la glotte qui hâta sa terminaison fatale est bien tributaire au même titre que l'anasarque et l'œdème pulmonaire de l'albuminurie.

D'ailleurs, les statistiques de différents auteurs donnent un pronostic aussi sombre. Sur 137 cas d'albuminurie rapportés par Hofmeier, l'éclampsie s'est montrée 104 fois et la proportion des cas de mort s'est élevée à 39,4 0/0. Rosenstein donne une proportion analogue, soit 32,9 0/0, enfin pour Devilliers, l'albuminurie serait mortelle, au total : 11 fois sur 20. Ces chiffres sont exagérés, et même pour les grandes albuminuries, malgré le petit nombre d'observations qui ne nous permet pas d'établir

une statistique, nous ne pensons pas que la mortalité soit aussi élevée.

Mais ce que nous croyons avoir suffisamment démontré par nos observations, c'est la gravité immédiate et éloignée des albuminuries massives. D'abord l'éclampsie qui est toujours la règle et qui par elle-même a un pronostic très grave : les troubles de la vue, qui peuvent aller jusqu'à la cécité complète, enfin une sorte de folie brightique, qui s'amende dès que l'albumine commence à disparaître.

Il nous a été impossible malgré nos recherches, de revoir la plupart de nos malades : deux seulement sont revenues plusieurs fois à la consultation de la Maternité, ce qui nous a permis de constater la gravité éloignée des grandes albuminuries.

Chez presque toutes nos malades, nous avons noté, quelques jours après leur accouchement, un trouble du rythme cardiaque et nous avons assisté chez les deux femmes qui font l'objet des observations 1 et 3, à l'évolution du bruit de galop, symptôme important d'une néphrite chronique. L'albuminurie, d'ailleurs, a toujours persisté avec des recrudescences, suivant le régime auquel ces deux malades se soumettaient.

Chez l'une, Joséphine A., observation III, le dernier examen date du 4 mars 1904, 4 mois après son accouchement ; la recherche de l'albumine des urines au tube d'Esbach donne 4 grammes par litre, mais cette femme ne fait nullement attention à son alimentation et nous dit qu'elle ne prend que du lait

pour boisson. L'autre, Louise B..., observation I, semble s'être soumise chez elle à un régime assez sévère; ses urines ont toujours présenté 25 centigrammes d'albumine par litre en moyenne à nos différents examens, et le bruit de galop s'est confirmé. Pendant un séjour de huit jours qu'elle fit à l'hôpital, la quantité d'albumine n'a pas varié; elle s'est maintenue à 30 centigrammes.

Le 7 juin, Louise B..., est revenue à la consultation de la Maternité, se plaignant de malaises.

Elle n'a pas vu ses règles depuis le 28 avril et l'examen obstétrical nous donne les signes d'une nouvelle grossesse d'un mois et demi environ.

M. le Dr Boissard a fait admettre la malade dans son service le 16 juin 1904 et l'a soumise au régime lacté. Nous avons pu rechercher la perméabilité rénale.

Le 17 juin à midi, nous lui avons fait, sur la face externe de la cuisse gauche, une injection sous-cutanée de cinq centimètres cubes de bleu de méthylène. Au bout d'une heure, les urines avaient une légère coloration verdâtre qui s'accentua pendant les deux heures suivantes pour diminuer ensuite d'intensité. L'élimination, qui dura 106 heures, présenta un type continu polycyclique avec un maximum d'intensité de coloration toutes les 4 heures. Après la quatre-vingtième heure, les urines furent peu teintées et l'on dut faire la réaction du bleu de méthylène par l'acide acétique à chaud.

La recherche des chlorures a donné 3 gr. 80 par litre, 9 gr. 50 par 24 heures. L'examen microscopique de l'urine nous a donné quelques rares cylindres.

Pronostic pour l'enfant.

Si le pronostic des albuminuries massives est grave pour la mère, il est absolument fatal pour l'enfant. Blot, Rayer, Schroïder, Braun, Tarnier avaient déjà signalé la fréquence de l'avortement et de l'accouchement prématuré chez les albuminuriques ; Hofmeier donne sur 137 cas :

Enfants morts 82.

Enfants vivants 55.

La statistique de Cohn, qui ne porte que sur 15 cas, nous montre la gravité particulière pour l'enfant lorsqu'il existe une néphrite chez la mère.

Sur 15 enfants, 2 naquirent vivants, 2 n'étaient pas viables, 8 étaient macérés, 2 morts récemment et 1 hydropique. Parmi les cas que nous avons observés, nous relevons : 5 enfants mort-nés et deux enfants vivants qui meurent quelques jours après la naissance. Si la mortalité est aussi élevée quelle en est donc la cause ?

Tarnier et Chambrelent après les recherches de Bouchard, ont démontré que, chez les paturientes qui font de l'auto-intoxication, la toxicité des urines diminue et que par contre la toxicité du sérum sanguin augmente. M. le Dr Boissard a repris ces expériences et chez une femme non albuminurique, pré-

sentant des symptômes très nets de toxémie, sans crises éclamptiques, il a pu constater par des injections intra-veineuses faites sur les lapins, que la toxicité urinaire avait considérablement diminué alors que la toxicité du sérum sanguin était accrue dans des proportions considérables. « On sait, écrit le Dr Boissard (1), que la toxicité du sérum est de 10 centimètres cubes par kilogramme de lapin, et la toxicité urinaire de 0,46 c.c. ; or, chez la malade en question, il suffit d'injecter, dans les veines de l'oreille d'un lapin de 1500 grammes, 10 centimètres cubes de sérum pour amener des convulsions, et la mort en faisant une deuxième infection de 2 centimètres cubes ; sous l'influence du traitement, l'état de la malade fut amélioré dans les jours suivants, et il fallut injecter, chez un lapin du même poids, 14 centimètres cubes pour amener des convulsions et 16 pour amener la mort ; par contre, les injections d'urines furent négatives, puisqu'on put en injecter jusqu'à 75 centimètres cubes chez un lapin sans amener aucun désordre, aucune trace d'intoxication ».

Ce qui est démontré pour l'auto-intoxication gravidique, est encore plus certain pour les albuminuries massives et la cause qui détermine la mort du fœtus est donc l'intoxication maternelle qui se transmet à l'enfant. Le poison urémique, quelle

1. Boissard. *Leçons de thérapeutique obstétricale*. Médecine moderne, 1898.

qu'en soit la nature, n'éprouve aucune difficulté pour filtrer à travers le placenta, dissous dans le liquide sanguin, il ne peut subir, au niveau des villosités, les difficultés de passage qui sont la règle pour les éléments figurés, les microbes ou les particules minérales. L'intoxication urémique du fœtus est la cause habituelle de sa mort et la seule chance que nous ayons de le soustraire à l'empoisonnement maternel est de hâter l'accouchement.

CHAPITRE V

Traitement.

Prophylaxie. — Comme l'albumine est souvent la conséquence du refroidissement ou de maladies infectieuses contractées depuis la fécondation, il est nécessaire d'éviter toutes les causes qui peuvent agir défavorablement sur le rein. Ces recommandations s'adressent tout particulièrement aux jeunes femmes qui ont eu autrefois des angines, des scarlatines, des fièvres typhoïdes ayant provoqué de la néphrite infectieuse. Nous n'irons pas, avec certains auteurs, jusqu'à proscrire le mariage à ces jeunes femmes, mais nous ne saurions trop conseiller de suivre, dès le début de la grossesse, un régime sévère, de préférence le régime végétarien, et de ne pas hésiter, dès les premiers symptômes d'auto-intoxication, à ne prendre que du lait.

Traitement médical. — Lorsqu'on se trouve en présence d'une femme très infiltrée, ayant une quantité

considérable d'albumine dans les urines et en imminence d'éclampsie, il faut d'abord supprimer tout aliment et ne donner que du lait en petite quantité à la fois où plutôt instituer la diète hydrique : Eau de Vals, d'Evian ou de Vichy. La malade, vêtue de flanelle, sera placée dans une chambre isolée, à température constante de 20 degrés.

Si le travail n'est pas commencé, on pratiquera une saignée de 300 à 500 grammes, car la saignée, outre qu'elle empêche ou modère les phénomènes congestifs du côté des centres nerveux, débarrasse l'économie d'une quantité considérable de matériaux toxiques et convulsivants. Il est aussi nécessaire d'aseptiser le tube digestif, et pour cela on donnera à la malade un purgatif. Lorsqu'on veut avoir une action rapide et énergique, on pourra s'adresser aux purgatifs drastiques et en particulier l'eau-de-vie allemande 12 à 15 grammes, mais on ordonnera de préférence l'huile de ricin à la dose de 24 grammes ou le sulfate de soude 30 grammes.

Si la crise d'éclampsie est déclarée, il faut en instituer le traitement : tenir la malade sous le sommeil chloroformique et compléter l'anesthésie par l'hydrate de chloral, à haute dose, 12 à 16 grammes en 24 heures, par fraction, toutes les deux heures.

Le sirop suivant est recommandé par Pouchet :

Hydrate de chloral.	2 à 4 grammes
Solution saturée de bicarbonate	
de soude.	10 grammes
Sirop de menthe.	90 —
Chloroforme.	11 gouttes

On peut aussi administrer l'hydrate de chloral par la voie rectale suivant la formule :

Hydrate de chloral.	4 grammes
Lait tiède.	100 —
Jaune d'œuf.	N° 1

Trois à quatre lavements par jour.

Pour suppléer à la diurèse et la favoriser, on a songé aux bains chauds prolongés ; Brevs, en Allemagne et Bar, en France, ont obtenu des succès. Nous préférons les grandes irrigations rectales d'eau bouillie froide, deux litres, renouvelées toutes les 4 heures ; actuellement, à la suite des recherches sur la déchloruration, l'eau bouillie, en irrigations, sera préférée aux injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel. Cette méthode a l'avantage d'être plus pratique que les bains et expose moins la malade au refroidissement.

Chez les grandes albuminuriques, en imminence d'éclampsie, le traitement médical est insuffisant et nous devons avoir recours au traitement obstétrical. Borsieri, parlant des femmes éclamptiques, tout en reconnaissant l'utilité de la saignée et des antispasmodiques, écrivait : *sed protinus danda opera est*

ut a foetu expeditissime liberentur. Nous conseillons de provoquer l'accouchement ou de le hâter si le travail est déclaré, non pas tant pour sauver l'enfant, qui dans sa majeure partie succombe *in utero* par intoxication maternelle, que pour délivrer la mère, le plus promptement possible, de cette intoxication.

Pour provoquer l'accouchement, si on préfère ne pas recourir à la dilatation manuelle, méthodiquement accélérée, on pourra employer le ballon du D^r Champetier de Ribes ou celui du D^r Boissard, qui permet, au bout d'un temps très court, d'avoir une dilatation suffisante pour extraire l'enfant.

Mais chez les femmes atteintes d'albuminuries, massives malgré la diurèse abondante, qui se produit après l'accouchement, l'albumine persiste, en quantité plus ou moins considérable, 25 centigrammes à 4 grammes et il faut alors traiter la lésion rénale. La malade sera soumise au régime lacté, avec eau de Vals ou d'Evian pendant une quinzaine de jours ; si le rein ne retrouve pas son fonctionnement normal, on donnera des capsules de néphrine, dix centigrammes, deux par jour, ou de préférence, la macération de reins de porc frais, telle que l'a préconisée M. Renaut dans sa communication à l'Académie de Médecine, 22 décembre 1903.

« Deux ou trois reins de porc absolument frais sont décortiqués, hachés menu, puis lavés à l'eau distillée, pour enlever l'urine toute faite que peut contenir le hachis. Le hachis du rein est ensuite broyé, pulvé au pilon, dans un mortier avec 450 centimè-

tres cubes d'eau salée à 7 pour 1000. Le pulpage effectué, on laisse reposer la bouillie qui en résulte, toujours dans un endroit frais. Au bout de quatre heures, on décante. Le liquide décanté forme environ 400 grammes d'une sorte de lavure de chair, que le malade absorbera en trois ou quatre doses dans les 24 heures. On peut y mêler une cuillerée de bouillon concentré de julienne tiède, mais la température ne doit pas dépasser 38 degrés. La macération est prise pendant dix jours après lesquels on fait un repos variable de quatre à cinq jours ».

Les résultats fournis par les ingestions de néphrine ou de pulpage de reins de porc ne sont pas encore suffisamment probants pour en établir la valeur thérapeutique. On pourra également avoir recours aux préparations de sels de strontium qui ont paru donner des résultats à quelques auteurs.

Lorsque la malade aura suivi pendant trois semaines le régime lacté, on lui permettra la purée de pommes de terre, l'on prescrira le régime déchloruré, quitte à revenir par périodes successives et intermittentes au régime lacté intégral.

CONCLUSIONS

1° A côté des albuminuries qui peuvent frapper la femme enceinte à la fin de la grossesse (albuminurie gravidique proprement dite), il y a lieu de distinguer les albuminuries massives se montrant vers le sixième mois de la grossesse.

2° Ces albuminuries sont dues à un état pathologique surajouté, néphrite *a frigore* évoluant sur un terrain déjà lésé par des maladies antérieures et mis en état d'infériorité par la mauvaise hygiène, le surmenage physique, l'alcoolisme.

3° Elles sont d'un pronostic très grave pour la mère, car si elles ne déterminent pas la mort immédiate, elles laissent une néphrite chronique.

4° Elles sont fatales pour l'enfant qui succombe par intoxication du sang maternel.

5° La méthode de choix, au point de vue thérapeutique, est l'extraction aussi rapide que possible du produit de conception.

Vu : le Président de la thèse,

BUDIN

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

Vu et permis d'imprimer :

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOISSARD. — Leçons de thérapeutique obstétricale (Extrait de la Médecine moderne, 1898).
- BOUCHARD. — Leçons sur les intoxications dans les maladies. Paris, 1887.
- BOUFFE de SAINT-BLAISE. — Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerpérale, Thèse Paris, 1890.
- BRAULT. — Traité de médecine, Charcot, Bouchard, Brissaud, T. V. Maladies des reins.
- BUDIN et DÉMELIN. — Précis d'obstétrique. Art. albuminurie et éclampsie.
- CAHEN. — De la néphrite albumineuse chez les femmes enceintes. Thèse Paris, 1846.
- CASSIN. — Recherches sur l'albuminurie de la grossesse, Thèse Paris, 1881.
- CHAUFFARD. — Traité de médecine, Brouardel et Gilbert T. V. Maladies des reins.
- DELBREIL. — Des relations qui existent entre la scarlatine de l'enfance et les grossesses ultérieures. Thèse Lille, 1895.
- DOLÉRIS. — Albuminurie gravidique et éclampsie. Soc. biol. 18 juillet 1875.

- DUBOZ. — Contribution à l'étude de l'albuminurie gravidique.
Thèse Paris 1900.
- DUMAS. — De l'albuminurie chez la femme enceinte. Thèse d'agrégation. Paris 1880.
- ESCHER. — Albuminurie gravidique récidivante. Thèse Lyon 1900.
- HERGOTT. — De l'albuminurie gravidique. *Rev. Med. de l'Est* 1888, p. 65.
- JEANSELME. — Traité de médecine, Brouardel et Gilbert. T. V.
Art. Albuminurie.
- LÉCORCHÉ ET TALAMON. — Albuminurie et Mal de Bright 1888.
- LHEUREUX. — De l'albuminurie gravidique et de son influence sur la marche de la grossesse et la vie du fœtus. Thèse Lille 1895.
- MAJOR. — Lésions des reins chez les femmes en couches.
Thèse Paris 1880.
- RIBEMONT, DESAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique. Art. Albuminurie et éclampsie.
- RICHARDSON. — Néphrite parenchymateuse pendant la grossesse. *Gaz. hebd.* 1880, p. 110.
- RIVIÈRE. — Pathogénie et traitement de l'auto-intoxication éclamptique.
- TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Traité d'accouchements. Art. Albuminurie.
- VALETTE. — L'albuminurie à l'hôpital Tenon. Thèse Paris, 1900.
- VINAY. — Maladie de la grossesse et des suites de couches, 1894.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
Considérations générales.	11
Observations.	15
Etiologie.	41
Symptômes et Diagnostic.	49
Pronostic pour la mère.	53
Pronostic pour l'enfant.	56
Traitement.	59
CONCLUSIONS.	64
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	65

